

## **TI\_GERICHTE 32.2017.70 vom 5. April 2017**

TI Tribunale d'appello, 2017-04-05, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_32.2017.70](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2017.70)

FR: TI\_GERICHTE 32.2017.70 du 5 avril 2017

IT: TI\_GERICHTE 32.2017.70 del 5 aprile 2017

### **Regeste**

Attribuzione di una rendita intera temporanea di invalidità. I numerosi certificati medici prodotti dalla ricorrente non sono stati in grado di mettere in dubbio le complete e chiare risultanze delle perizie fatte esperire da UAI, che l'hanno valutata globalmente (psi e reuma). Non c'è peggioramento

### **Erwägungen**

#### **E. 4**

pag. 261; 115 V 133 consid. 2 pag. 134; 114 V 310 consid. 3c pag. 314; 105 V 156 consid. 1 pag. 158). Spetta in seguito al consulente professionale, avuto riguardo alle indicazioni sanitarie, valutare quali attività professionali siano concretamente ipotizzabili (Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, pag. 228 seg.). Quanto alla valenza probante di un rapporto medico, determinante è che i punti litigiosi importanti siano stati oggetto di uno studio approfondito, che il rapporto si fondi su esami completi, che consideri parimenti le censure espresse dal paziente, che sia stato approntato in piena conoscenza dell'incarto (anamnesi), che la descrizione del contesto medico sia chiara e che le conclusioni del perito siano ben motivate. Determinante quindi per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è né l'origine del mezzo di prova, né la denominazione, ad esempio quale perizia o rapporto (STF 8C\_828/2007 del 23 aprile 2008; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007; STFA U 329/01 e U 330/01 del 25 febbraio 2003; DTF 125 V 352 consid. 3a; DTF 122 V 160 consid. 1c; Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989 pag. 31; Pratique VSI 3/1997 pag. 123), bensì il suo contenuto (DTF 122 V 160 in fine con rinvii). A proposito delle perizie mediche eseguite nell'ambito della procedura amministrativa, il TF ha stabilito che, nell'ipotesi in cui sono state eseguite da medici specializzati riconosciuti, hanno forza probatoria piena se giungono a conclusioni logiche e sono state realizzate sulla base di accertamenti approfonditi, fintanto che indizi concreti non inducono a ritenerle inaffidabili (DTF 123 V 176; DTF 122 V 161, DTF 104 V 212; SVR 1998 IV Nr. 1 pag. 2; SZS 1988 pagg. 329 e 332; ZAK 1986 pag. 189; Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 1994, pag. 332). In una sentenza pubblicata nella Pratique VSI 2001 pag. 106 segg., il TFA ha però ritenuto conforme al principio del libero apprezzamento delle prove definire delle direttive per la valutazione di determinate forme di rapporti e perizie. In particolare per quanto concerne le perizie giudiziarie, la giurisprudenza ha statuito che il giudice non si scosta senza motivi imperativi dalla valutazione degli esperti, il cui compito è quello di mettere a disposizione del tribunale le loro conoscenze specifiche e di valutare da un punto di vista medico una certa fattispecie. Ragioni che possono indurre a non fondarsi su un tale referto sono ad esempio la presenza di affermazioni contraddittorie, il contenuto di una superperizia, altri rapporti contenenti validi motivi per farlo (Pratique VSI 2001 pag. 108 consid. 3b)aa e riferimenti citati; STFA

I 462/05 del 25 aprile 2007; STFA U 329/01 ed U 330/01 del 25 febbraio 2003). Nella DTF 125 V 351 (= SVR 2000 UV Nr. 10 pag. 33 segg.), la Corte federale ha ribadito che ai rapporti allestiti da medici alle dipendenze di un'assicurazione deve essere riconosciuto pieno valore probante, a condizione che essi si rivelino essere concludenti, compiutamente motivati, di per sé scevri di contraddizioni e, infine, non devono sussistere degli indizi che facciano dubitare della loro attendibilità. Il solo fatto che il medico consultato si trovi in un rapporto di dipendenza con l'assicuratore non permette già di metterne in dubbio l'oggettività e l'imparzialità. Devono piuttosto esistere delle particolari circostanze che permettano di ritenere come oggettivamente fondati i sospetti circa la parzialità dell'apprezzamento. Lo stesso vale per le perizie fatte esperire da medici esterni (DTF 104 V 31; RAMI 1993 pag. 95). Le perizie affidate dagli organi dell'AI o dagli assicuratori privati, in sede di istruttoria amministrativa, a medici esterni o a servizi specializzati indipendenti, i quali fondano le proprie conclusioni su indagini approfondite e giungono a risultati concludenti, dispongono di forza probatoria piena, a meno che non sussistano indizi concreti a mettere in causa la loro credibilità (Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3b)bb; STF 8C\_535/2007 del 25 aprile 2008; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007). Occorre ancora evidenziare che l'allora TFA, in una decisione del 24 agosto 2006 concernente un caso di assicurazione per l'invalidità (I 938/05), ha evidenziato il valore probatorio delle opinioni espresse dai medici SMR nell'ambito dell'assicurazione per l'invalidità, sottolineando che in caso di divergenza tra il medico curante ed il medico SMR non è per principio necessario procedere ad una nuova perizia. In quell'occasione l'Alta Corte ha sviluppato la seguente considerazione: " 3.2 L'on ne saurait certes mettre sur le même pied un rapport d'expertise émanant d'un Centre d'observation médicale de l'AI (COMAI) - dont la jurisprudence a admis que l'impartialité et l'indépendance à l'égard de l'administration et de l'OFAS sont garanties (ATF 123 V 175) - et un rapport médical établi par le SMR; toutefois, cela ne signifie pas encore qu'en cas de divergence d'opinion entre médecins du SMR et médecins traitants, il est, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels précédemment énumérés (cf. consid. 3.1 supra). Il n'y a dès lors aucune raison d'écarter le rapport du SMR ici en cause ou de lui préférer celui du médecin traitant, pour le seul motif que c'est le service médical régional de l'AI qui l'a établi. Au regard du déroulement de l'examen clinique pratiqué par les médecins du SMR et du contenu de leur rapport, on ne relève, du reste, aucune circonstance particulière propre à faire naître un doute sur l'impartialité de ceux-ci. La recourante ne fait d'ailleurs rien valoir de tel." (...). Per quel che riguarda i rapporti del medico curante, secondo la generale esperienza della vita, il giudice deve tenere conto del fatto che, alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (STF 8C\_828/2007 del 23 aprile 2008; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a)cc; Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgericht im Sozialversicherungsrecht, Zurigo 1997, pag. 230). L'Alta Corte, nella sentenza 9C\_142/2008 del 16 ottobre 2008 -concetto ribadito ancora nella STF 9C\_721/2012 del 24 ottobre 2012 in un caso ticinese -, per quanto riguarda le divergenze di opinioni tra medici curanti e periti interpellati dall'amministrazione o dal giudice, ha precisato quanto segue: " (...) On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a p. 352)

qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 p. 175; SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43 consid. 2.2.1 et les références [arrêt I 514/06 du 25 mai 2007]), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert." (...). Infine, va ricordato che se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la procedura senza valutare l'intero materiale ed indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STF 8C\_535/2007 del 25 aprile 2008, STFA I 462/05 del 25 aprile 2007). Da ultimo, affinché un esame medico in ambito psichiatrico sia ritenuto affidabile, esso deve adempiere diverse condizioni (D. Cattaneo, "La promozione dell'autonomia del disabile: esempi scelti dalle assicurazioni sociali", in RDAT II-2003, pag. 571 seg., in particolare la nota 158, pag. 628-629; D. Cattaneo, "Le perizie nelle assicurazioni sociali" in: Le perizie giudiziarie, Ed. CFPG, Lugano e Helbing & Lichtenhahn, Basilea 2008, pagg. 203 e segg. (249-254). Innanzitutto la diagnosi deve essere espressa da uno specialista in psichiatria e fondata sui criteri posti da un sistema di classificazione riconosciuto scientificamente (STF 9C\_815/2012 del 12 dicembre 2012; DTF 131 V 49; DTF 130 V 396 segg.; DTF 127 V 294; Mosimann, Somatoforme Störungen: Gerichte und [psychiatrische] Gutachten, in: SZS 1999 pag. 105 segg.). Il medico deve pronunciarsi sulla gravità dell'affezione e deve anche valutare l'esigibilità della ripresa di un'attività lucrativa da parte dell'assicurato. Tale prognosi deve tener conto di diversi criteri, quali il carattere premorbo, l'affezione psichica e quelle organiche croniche, la perdita d'integrazione sociale, un eventuale profitto tratto dalla malattia, il carattere cronico della malattia, la durata pluriennale della stessa con sintomi stabili o in evoluzione e l'impossibilità di ricorrere a trattamenti medici secondo la regola d'arte. La prognosi sfavorevole deve essere fatta in base all'insieme dei suddetti criteri. Inoltre, l'esperto deve esprimersi sull'aspetto psicosociale della persona esaminata. Il rifiuto del carattere invalidante deve ugualmente basarsi su diversi criteri, tra i quali le divergenze tra i dolori descritti e quelli osservati, le allegazioni sull'intensità dei dolori la cui descrizione rimane sul vago, l'assenza di una richiesta di cura, le evidenti divergenze tra le informazioni fornite dal paziente e quelle risultanti dall'anamnesi, il fatto che le lamentele molto dimostrative lascino l'esperto insensibile, come pure le allegazioni di grandi handicap nonostante un ambiente psico-sociale intatto (STCA 32.1999.124 del 27 settembre 2001).

2.7. Questo Tribunale, chiamato a verificare se lo stato di salute della ricorrente sia stato accuratamente vagliato dall'Ufficio AI prima dell'emanazione della decisione impugnata, dopo attenta analisi della documentazione medica agli atti non può che confermare l'operato dell'amministrazione. Con la domanda di revisione del 2014 l'Ufficio AI ha debitamente interpellato i medici curanti dell'assicurata e ha trasmesso i nuovi referti medici che essa ha prodotto al medico del Servizio Medico Regionale, il quale ha ritenuto necessario sottoporre la ricorrente a una nuova perizia specialistica in ambito reumatologico, compito che è stato affidato al precedente perito, al fine di aggiornare la situazione dopo la perizia del 2011. Le circostanze hanno poi portato alla necessità di effettuare anche una nuova rivalutazione delle sue condizioni psichiche. La dr.ssa med. \_\_\_\_\_ ha quindi valutato di persona la ricorrente in due occasioni e ciò anche alla luce di tutti i referti dei medici

curanti che sono stati messi a sua disposizione e che l'esperta ha minuziosamente esposto nel suo rapporto peritale del 22 febbraio 2016. Inoltre, la psichiatra nominata dall'Ufficio AI ha avuto modo di parlare con lo psichiatra curante e con il perito reumatologo, così da giungere a una valutazione globale ed univoca della capacità lavorativa sia dal punto di vista reumatologico sia psichiatrico. Nel gennaio 2016 la perita era giunta alla conclusione che a quel momento la capacità lavorativa dell'assicurata era del 50% a causa dei deficit connessi al disturbo di personalità paranoide e alla sindrome ansiosa generalizzata. Per il periodo precedente, l'esperta ha affermato che la diagnosi di sindrome somatoforme da dolore persistente (ICD-10: F45.4) diagnosticata dallo psichiatra curante nel rapporto del 2 febbraio 2011 e nei successivi come pure dal perito dr. med. \_\_\_\_\_ nel rapporto del 12 agosto 2011, era condivisibile. Pertanto, dal maggio 2014 al 31 dicembre 2015 la capacità lavorativa della ricorrente era ridotta del 100% in modo continuo nella precedente attività e in altre compatibili con le limitazioni reumatologiche fissate dal perito dr. med. \_\_\_\_\_. Dal 1° gennaio 2016 l'assicurata presentava una capacità lavorativa del 50%, potendo svolgere un'attività lavorativa per mezza giornata a rendimento pieno. La ricorrente non ha contestato la valutazione effettuata dalla perita psichiatra, ma soltanto quella somatica. A suo dire, dal 1° gennaio 2016 non vi sarebbe stato alcun miglioramento del suo stato di salute dal punto di vista fisico tale da renderla inabile (solo) al 50%, anziché continuare invece ad essere incapace al lavoro in ragione del 100% come dal maggio 2014. A comprova della sua tesi la ricorrente ha prodotto numerosa documentazione, sia di carattere radiologico sia medico. Tuttavia, eccetto i referti relativi alle infiltrazioni che ha fatto ad inizio anno 2012 in L3/L4, L4/L5 e L5/S1, tutti gli altri atti medici erano già presenti nell'incarto dell'amministrazione tanto da essere stati messi a disposizione e quindi esaminati dal perito reumatologo. In altre parole, con il ricorso l'interessata non è stata in grado di comprovare uno stato di salute diverso rispetto a quello accertato dai medici che sono intervenuti per conto dell'Ufficio assicurazione invalidità, i quali, occorre ribadirlo, si sono fondati anche sulla documentazione che l'assicurata ha prodotto con il ricorso per trarre le proprie conclusioni. Pertanto, non essendo stati apportati, con il ricorso, dei nuovi elementi clinici tali da oggettivare una diversa situazione medica dal punto di vista ortopedico e reumatologico, non è possibile trarre una differente conclusione rispetto a quella a cui sono giunti i dr. med. \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_ su incarico dell'amministrazione. Va ricordato che questi due medici hanno riconosciuto esserci stato un peggioramento delle condizioni di salute della ricorrente dal maggio 2014 in poi, tanto da condividere il parere dei medici curanti secondo i quali l'incapacità lavorativa dell'assicurata era totale a seguito di un comprovato peggioramento della scoliosi. Per il reumatologo, che ha visitato l'assicurata nel giugno 2015, la patologia lombare era responsabile della sua limitata capacità lavorativa e aveva confermato che v'era stata una progressione della scoliosi lombare, che era passata dai 28°-29° del 2011 in occasione della sua precedente valutazione peritale, ai 40° circa riscontrati al momento della seconda perizia. Ciò nonostante, nel giugno 2015 l'esperto ha affermato che i reperti clinici oggettivi erano stabili, per cui non v'era stato un peggioramento della sua capacità lavorativa, che egli aveva già stabilito essere ridotta al 50% in attività molto leggere di ufficio. Il perito nominato dall'Ufficio AI ha altresì esposto l'evoluzione della malattia dell'assicurata a decorrere dalla sua precedente perizia del 2011 fino alla valutazione del giugno 2015, indicando i trattamenti terapeutici conservativi ancora possibili e i limiti funzionali e di carico che dovevano permettere all'assicurata di comunque esercitare un'attività lucrativa in ragione del 50%, ossia a metà tempo, sia come architetto d'interni sia in un lavoro

d'ufficio – attività già esercitate in precedenza -, non essendovi stato un peggioramento della capacità lavorativa stabilita nel 2011 malgrado egli abbia riconosciuto esserci stato un peggioramento della curvatura scoliotica. Pertanto, in un'attività leggera, l'interessata restava sempre abile al 50% dal lato reumatologico. Rimaneva però riservato il lasso di tempo dal 4 maggio al 30 novembre 2014 durante il quale la dottoressa curante \_\_\_\_\_ ha certificato un'inabilità lavorativa totale, in presenza anche della problematica vertebrale e del ginocchio sinistro, riconosciuta anche dall'assicuratore malattia, motivo per cui il perito non ha messo in discussione questo periodo di incapacità lavorativa. Se, dunque, dal profilo reumatologico, dal 1° dicembre 2014 la ricorrente risultava abile al lavoro in misura del 50% in attività leggere, per l'aspetto psichiatrico essa è stata invece ritenuta ancora totalmente inabile al lavoro ancora per un anno, e meglio fino al 31 dicembre 2015. Il TCA evidenzia che la maggior parte dei referti medici prodotti dalla ricorrente sono addirittura antecedenti la prima valutazione peritale reumatologica effettuata dal dr. med. \_\_\_\_\_ e quindi sono stati già ampiamente considerati dall'esperto non solo per allestire la sua valutazione del 5 dicembre 2011, ma anche la seconda del 24 luglio 2015, visto che quest'ultima tiene conto della situazione precedente sia in ambito diagnostico sia per quanto concerne la capacità lavorativa. Vi sono poi alcuni referti del 2014 della \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ e della \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ che attestano un aumento della scoliosi passata da 28° a 39° nel luglio 2014 e a 45° destroconvessa nel settembre 2014. Anch'essi sono già stati considerati dal perito ai fini della sua valutazione del 2015. Nemmeno il referto radiologico del 17 novembre 2016 (doc. A22) può essere definito quale nuovo mezzo di prova, poiché era già stato prodotto dall'assicurata con le osservazioni al progetto di decisione e quindi era già stato preso in considerazione dal dr. med. \_\_\_\_\_ del Servizio Medico Regionale il 10 febbraio 2017 (doc. 238), ossia prima che l'Ufficio assicurazione invalidità emanasse la decisione del 5 aprile 2017, impugnata. In quell'occasione, il medico SMR aveva affermato che “ La documentazione medica prodotta dall'assicurata, unitamente alle osservazioni al progetto presentate non apportano modifiche rispetto a quanto è già stato valutato in sede di perizia bidisciplinare. ”. Il Tribunale rileva, infine, che nessuno di questi referti – relativi al periodo dal 2002 al 2016 - si pronuncia sulla capacità lavorativa dell'assicurata, perciò non le sono di alcun aiuto sulla questione della definizione del suo grado di (in)capacità lavorativa sia nella attività abituale sia in altre attività adeguate alle sue condizioni. A questo proposito occorre evidenziare che il principio inquisitorio che regge la procedura davanti al Tribunale delle assicurazioni non è incondizionato, ma trova il suo correlato nell'obbligo delle parti di collaborare, quest'obbligo non può tradursi in una mera contestazione della presa di posizione di controparte senza addurre degli elementi oggettivi - segnatamente di natura medica - a sostegno delle proprie argomentazioni. Non è dunque sufficiente lasciare all'autorità giudiziaria rispettivamente all'amministrazione l'onere di determinare le condizioni di salute dell'assicurato attuando un nuovo esame medico rispettivamente richiamando dei referti medici - magari addirittura in possesso dell'interessato medesimo -, quando alla base della lamentela del ricorrente vi sono (solo) affermazioni di carattere soggettivo riguardo ad un presunto peggioramento del suo stato di salute (STCA 32.2017.62 del 26 ottobre 2017; STCA 32.2017.6 del 4 luglio 2017; STCA 32.2016.108 del 2 maggio 2017; STCA 32.2016.45 del 10 marzo 2017; STCA 32.2015.120 del 2 agosto 2016; STCA 32.2015.76 dell'8 marzo 2016; STCA 32.2015.69 del 19 febbraio 2016; STCA 32.2014.187 del 22 settembre 2015; STCA 32.2014.125 dell'8 luglio 2015; STCA 32.2014.16 del 18 giugno 2014; STCA 32.2012.315 del 30 settembre 2013; STCA 32.2012.299 del 10 settembre

2013; STCA 32.2012.243 del 27 maggio 2013; STCA 36.2012.67 dell'11 febbraio 2013 confermata dalla STF 9C\_185/2013 del 17 aprile 2013; STCA 32.2008.206 del 15 giugno 2009; STCA 32.2008.178 del 10 giugno 2009; STCA 32.2007.207 del 9 giugno 2008). L'insorgente si è limitata a contestare la valutazione e l'agire dell'Ufficio assicurazione invalidità, che non avrebbe vagliato sufficientemente le sue condizioni, trasmettendo numerosi referti risalenti al periodo dal 2002 al 2016, tuttavia già noti. Infatti, l'assicurata non ha saputo comprovare le sue critiche di un miglioramento del suo stato di salute rispetto alle perizie del 24 luglio 2015 e del complemento del 18 agosto 2015 in ambito reumatologico rispettivamente del 22 febbraio 2016 e del complemento del 27 settembre 2016 per quanto concerne l'aspetto psichiatrico, visto che i rapporti medici prodotti con il ricorso erano già presenti negli atti dell'amministrazione e quindi erano già stati accuratamente valutati dai periti intervenuti. In virtù delle considerazioni esposte, in assenza di nuovi atti medici che mettano in dubbio le conclusioni che hanno tratto i periti sia dal punto di vista psichiatrico sia somatico, il TCA deve ritenere come completi, chiari ed affidabili i rapporti peritali che la dr.ssa med. \_\_\_\_\_ e il dr. med. \_\_\_\_\_ hanno allestito su mandato dell'Ufficio assicurazione invalidità. In conclusione, dalla documentazione agli atti emerge che lo stato di salute della ricorrente era peggiorato dal maggio 2014, tanto da ritenerla completamente inabile in qualsiasi attività. In seguito, però, il perito reumatologo ha potuto accertare che dal dicembre 2014 la situazione era migliorata, ritenendola abile al 50% in attività leggere e quindi nelle attività già svolte. Stante però un'incapacità lavorativa totale dal punto di vista psichico, l'inabilità lavorativa del 100% si è protratta ancora per un anno, e meglio fino al 31 dicembre 2015. Dopodiché, dal 1° gennaio 2016 la perita psichiatra ha giudicato che, globalmente, e quindi anche dal profilo reumatologico, le condizioni di salute della ricorrente erano migliorate e, di conseguenza, da quel momento la sua capacità lavorativa residua era del 50% in qualsiasi attività, come confermato anche dal medico del Servizio Medico Regionale. Da quanto precede discende che una nuova valutazione dello stato di salute dell'assicurata, così come da essa richiesta, non è affatto necessaria. Infatti, per quanto concerne il periodo in esame, si deve ritenere che la documentazione agli atti è chiara e sufficiente per l'evasione della presente fattispecie, senza che si renda quindi necessario l'esperimento di ulteriori accertamenti, segnatamente il rinvio degli atti all'amministrazione. La fattispecie risulta già adeguatamente accertata da esperti. Alla luce di ciò, la scrivente Corte non può che confermare lo stato di salute della ricorrente così come valutato nel suo rapporto finale dal dr. med. \_\_\_\_\_ il 30 marzo 2016 e ribadito il 10 febbraio 2017 anche dopo avere preso conoscenza dei più recenti referti del 17 (vertebrogramma) e del 24 novembre 2016 (esame eco-tomografico alla spalla destra). Non v'è infatti motivo di modificare le conclusioni tratte dall'SMR, visto che specifici e più dettagliati pareri medici contrari non ne sono stati trasmessi pendente causa dalla ricorrente. L'SMR, quantomeno fino alla data determinante della decisione in lite (DTF 132 V 215 consid. 3.1.1), non ha ammesso uno stato di salute dell'assicurata peggiore rispetto a quello determinato dagli specialisti intervenuti su nomina dell'Ufficio AI. Il suo giudizio, poi, come visto, non è stato validamente contraddetto dalle argomentazioni dell'assicurata in sede ricorsuale e va pertanto posto alla base del presente giudizio. Il tali circostanze le contestazioni dell'assicurata, non sufficientemente circostanziate, devono essere respinte, siccome prive di sostrato medicalmente oggettivabile. Pertanto, sulla scorta delle considerazioni esposte, la scrivente Corte concorda con la soluzione adottata dall'Ufficio AI. 2.8. Seppure la questione psichiatrica, come detto, non sia stata contestata dalla ricorrente, va comunque

ancora evidenziato che, in merito ai disturbi depressivi, siano essi ricorrenti o episodici, per costante giurisprudenza federale, resa nell'ambito dell'applicazione della LAI, se essi sono di grado da lieve a medio vanno ritenuti, secondo la prassi, quali malattie invalidanti solo se sono resistenti alla terapia in modo significativo (fra le ultime, STF 9C\_775/2016 del 2 giugno 2017 consid. 6.2; STF 9C\_434/2016 del 14 ottobre 2016 consid. 6.3; DTF 140 V 193 consid. 3.3 pag. 197 con riferimenti). Solo in questa costellazione - infrequente, ha osservato il Tribunale federale nella citata STF 9C\_775/2016, visto che dal punto di vista dell'esperienza psichiatrica consolidata questi disturbi sono generalmente trattati efficacemente dal profilo terapeutico - sono ossequiate le esigenze normative dell'art. 7 cpv. 2 seconda frase LPGA, il quale richiede una valutazione dell'incapacità al guadagno il più possibile oggettiva (DTF 141 V 281 consid. da 3.7.1 fino a 3.7.3). L'invalidità può essere ritenuta solo se accertata secondo le regole della verosimiglianza preponderante in uso nelle assicurazioni sociali (DTF 142 V 435 consid. 1) e non può essere ammessa per il semplice motivo che non può essere esclusa. Inoltre la terapia deve essere stata regolarmente seguita, nel senso che le possibilità di trattamento ipotizzabili ed esigibili dal punto di vista medico specialistico (sia di natura ambulatoriale che ospedaliera) devono essere state utilizzate in modo ottimale e costante da un paziente collaborativo (STF 9C\_775/2016 del 2 giugno 2017 consid. 6.2; STF 9C\_841/2016 dell'8 febbraio 2017 consid. 3.1; STF 9C\_551/2016 del 5 dicembre 2016 consid. 5.3.1 e STF 9C\_233/2016 del 14 novembre 2016 consid. 6.1). In un caso ticinese giudicato di recente dalla nostra Massima Istanza (STF 9C\_775/2016 del 2 giugno 2017), quest'ultima ha constatato che la ricorrente non aveva seguito costantemente una terapia medica per i suoi disturbi depressivi. Infatti, già in una perizia avvenuta nel 2005, pur ammettendo una sindrome depressiva ricorrente, episodio attuale lieve con sindrome biologica (ICD-10: F33.01), il perito psichiatra aveva indicato la necessità di seguire una terapia idonea a migliorare la situazione valetudinaria. Dagli atti non è però risultato che l'assicurata si sia rivolta a uno specialista in psichiatria fino al giugno 2014, poi ha interrotto subito le sedute di psicoterapia e nel settembre 2014 si è rivolta a un altro specialista, che l'ha presa a carico fatto salvo per l'interruzione volontaria della terapia che è avvenuta per partenza all'estero per 4-5 mesi. Questa circostanza, oltre al fatto che non era ancora stata trovata la soluzione farmacologica ottimale, ha portato l'Alta Corte a non concludere per un trattamento seguito in modo ottimale e costante come richiesto dalla giurisprudenza. Pertanto, alle affezioni lamentate dalla ricorrente il Tribunale federale non ha riconosciuto natura di malattia invalidante (cfr. consid. 6.3). Per una concretizzazione di tale giurisprudenza, cfr. STCA 32.2017.62 del 26 ottobre 2017 e STCA 36.2016.115 del 21 settembre 2017. 2.9. Stante quanto precede, poiché l'aspetto economico non è stato contestato come tale dall'assicurata (che ha soltanto chiesto di riesaminare la sua capacità di lavoro e non di guadagno), ciò porta il TCA a non verificare oltre il calcolo effettuato dall'Ufficio AI nella decisione impugnata e dunque a ritenere un grado di invalidità del 100% per il periodo dal 4 maggio 2014 al 31 dicembre 2015. Dopodiché, sulla base di un'incapacità lavorativa del 50%, dal 1° gennaio 2016 il grado di invalidità dell'assicurata torna ad essere del 65% come fino a prima dell'aumento temporaneo del maggio 2014. La situazione antecedente al comprovato peggioramento dello stato di salute viene dunque ripristinata da inizio 2016. In queste circostanze e sulla scorta dell'art. 88a OAI, questo Tribunale non può dunque che confermare la decisione dell'Ufficio assicurazione invalidità di concedere alla ricorrente (soltanto) un aumento temporaneo del suo diritto alla rendita di invalidità, ciò che le permette di beneficiare di una rendita intera per il periodo dal 1° agosto 2014 al 30 aprile 2016, e meglio a decorrere da tre mesi dopo l'avvenuto peggioramento del

4 maggio 2014, e fino a tre mesi dopo il miglioramento del suo stato di salute, accertato in essere dal 1° gennaio 2016. Di conseguenza, è a giusta ragione che il diritto alla rendita intera sia solo temporaneo e che dal 1° maggio 2016 la ricorrente non abbia più diritto al riconoscimento di una rendita intera di invalidità stante un grado di invalidità del 65%, che ripristina il diritto a tre quarti di rendita attribuitole nel 2013 con effetto retroattivo al 2010. 2.10. Secondo l'art. 29 cpv. 2 LPTCA e l'art. 69 cpv. 1bis LAI, la procedura di ricorso in caso di controversie relative all'assegnazione o al rifiuto di prestazioni AI dinanzi al tribunale cantonale delle assicurazioni è soggetta a spese. L'entità delle spese è determinata fra Fr. 200.- e Fr. 1'000.- in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso (DTF 133 V 402; STF 9C\_156/2009 del 7 aprile 2009; STF 8C\_393/2008 del 24 settembre 2008). Visto l'esito della vertenza, le spese per complessivi Fr. 500.-vanno poste a carico dell'insorgente.

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.